

їх значною поширеністю серед майже всіх груп населення нашої планети, про що свідчать дані ВООЗ. Особливе занепокоєння викликає поширеність ЗТП, зокрема гінгівіту, серед підлітків і дітей молодшого віку. За результатами масових оглядів, проведених фахівцями в організованих дитячих колективах різних регіонів України, вона складає біля 80%, а в деяких вікових групах доходить навіть до 100% (Н. О. Савичук, 1998; Т. О. Петрушанко, 2000; Л. О. Хоменко, Н. В. Біденко, О. І. Остапко, 2007 та ін.).

Ураження тканин пародонта спеціалісти вважають поліфакторними захворюваннями, причиною яких можуть слугувати ендокринні розлади, деякі соматичні хвороби, погана гігієна порожнини рота, функціональне перевантаження зубів при дефектах зубних рядів, порушення міжоклюзійних співвідношень при зубощелепних аномаліях та деформаціях і т. д. (Виноградова Т. Ф., 1980; Rosenthal I. M. et al., 1988; Годованец Л. В., 1990; Шугр Л. и соавт., 1989; Contreras A., Slots J., 1996; М. Ф. Данилевський, А. В. Борисенко, А. М. Політун, 1999; Slots, A. Contreras, 2000; А. И. Грудянова, О. А. Фролова, 2006).

У спеціальній літературі досить детально вивчені питання щодо поширеності ЗТП різного генезу, але переважно в дорослих. Проте недостатньо вивчений взаємозв'язок між ураженнями тканин пародонта і зубощелепними аномаліями та деформаціями, які останніми роками набувають значної поширеності серед дитячого населення. З огляду на це вивчення поширеності зубощелепних аномалій і деформацій та стану тканин пародонта при них у дітей та підлітків є актуальною проблемою стоматології, зокрема ортодонтії. Це дасть можливість визначити особливості та обсяг ортодонтичних втручань у комплексному стоматологічному лікуванні пацієнтів такої вікової категорії.

Мета дослідження - вивчити поширеність захворювань тканин пародонта та їх взаємозв'язок із зубощелепними аномаліями та деформаціями серед дитячого населення.

Матеріал і методика дослідження

Проведено обстеження 1640 школярів віком від 6 до 18 років у школах м. Києва. Обстеження проводили за загальноприйнятою методикою з дотриманням санітарно-гігієнічних вимог та використанням одноразових оглядових інструментів. При цьому визначали стан окремих зубів, зубних дуг, прикусу, слизової оболонки порожнини рота, тип вуздечок за Хорошилкиною та місце їх прикріплення, глибину присінка рота тощо.

Дані вносили до спеціально розроблених карт обстеження, які дозволяють фіксувати результати повторних оглядів. Ураховуючи те, що обстеження дітей проводили в умовах шкільного медичного кабінету без використання спеціальних методів діагностики захворювань тканин пародонта, при визначенні останніх орієнтувалися на дані клінічної картини. Учні були умовно поділені на 3 групи відповідно до періоду прикусу: 1 група - діти віком від 6 до 9 років (306 дітей), 2 група - діти 9-13 років (804) і відповідно 3 - 13-18 років (530).

Результати дослідження та їх обговорення. Проведені обстеження дітей в організованих дитячих колективах показали, що майже 81% - 1328 осіб із 1640 оглянутих уже мають ознаки ЗТП, а саме: 37 дітей (12%), у другій - 419 (52%) та в третій - 392 (74%) дітей та підлітків.

У переважній більшості превалював гінгівіт і лише у 12 (0,7%) підлітків виявлена рухомість різців із порушенням зубоясенного прикріплення.

Зміни в пародонті розвивалися на тлі зубощелепних аномалій та деформацій. Найбільше вони були вираженими при скупченості та поворотах зубів навколо осі - 72% та 65% відповідно, а також при дистальному прикусі, ускладненому глибоким, - у 278 (54%) дітей та при поєднаних аномаліях прикусу - в 403 (67%) дітей.

Слід зауважити, що в більшості школярів виявлено незадовільний гігієнічний стан порожнини рота. Переважна більшість дітей погано чистять зуби і тільки один раз за день по 1-2 хв.

#### **Висновки**

Поширеність ЗТП серед дитячого населення залишається досить високою і становить 81%.

Зубощелепні аномалії (ЗЩА) і деформації (ЗЩД) та незадовільний гігієнічний стан порожнини рота слугують основною причиною розвитку захворювань тканин пародонта в дітей та підлітків.

Значна поширеність ЗТП та ЗЩА і ЗЩД свідчить про низький рівень санітарно-профілактичної роботи серед дитячого населення.

**Неспрядько В. П., Жегулович З. Є.**  
**ЗАСТОСУВАННЯ КОНЦЕПЦІЇ ЦЕНТРАЛЬНОГО СПІВВІДНОШЕННЯ ЩЕЛЕП У КЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ**  
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

Нормалізація оклюзійних співвідношень щелеп є головним завданням в ортопедичній практиці. Незважаючи на кількість розробок із цього приводу, актуальність цього питання загострюється внаслідок підвищення вимог до рівня функціональності протезів та реставрацій.

Сучасна оклюзійна реабілітація пацієнта вимагає вивчення та використання значної кількості оклюзійних детермінант. Найбільш важливими є положення змикання щелеп, яке повною мірою залежить від морфології поверхонь зубів та суттєво впливає на стан інших компонентів жувального апарату.

Підтримання системи в умовах гармонії можливе за умов відповідності суглобових характеристик оклюзійним. Стартовим пунктом для аналізу рухів у скронево-нижньощелепних суглобах є положення центрального співвідношення щелеп (референцположення). Центральне співвідношення щелеп на практиці визначається як умовна термінальна шарнірна вісь (кінематичний центр). Визначення такого центру та точне перенесення його положення в артикулятор важливі для правильного налаштування приладу.

Обертальний рух уздовж термінальної шарнірної вісі суглобової голівки формує первинний оклюзійний контакт на поверхні зубів, що має назву «задне контактне положення» (контактна позиція центрального співвідношення щелеп, референц-контактне положення). Далі взаємне ковзання по поверхнях зубів формується напрямними поверхнями і в нормі такий рух має напрямок уперед та вгору. У сучасній літературі є повідомлення про те, що таке контактне положення зустрічається на премолярах, буває несиметричним та поодиноким. Безумовно, розташування першого контакту змикання щелеп впливає на функціонуючі ланки зубо-щелепної системи і вивчення цих питань є актуальним.

Мета нашої роботи – визначення впливу контактної позиції центрального співвідношення щелеп на зміни просторового розташування нижньої щелепи.

Для реалізації поставленої мети проведено обстеження 183 пацієнтів (67 чоловіків та 116 жінок) віком від 18 до 54 років з безперервними зубними рядами з використанням алгоритму клінічного функціонального аналізу.

Моделі щелеп змонтовано для аналізу в артикулятор «Artex Type AR» («Girrbach Dental», Germany) в положеннях звичної оклюзії та центрального співвідношення щелеп, яке визначали за власною методикою. Для аналізу зміщення умовної термінальної шарнірної вісі використовували пристрій «CPI– Condyle Position Indicator» («Girrbach Dental», Germany). Вивчали параметри внутрішньосуглобового зміщення в 3-х площинах та переміщення різцевого упора пристрою від положення центрального співвідношення щелеп до положення змикання (звична оклюзія).

Отримані результати показали, що контакти центрального співвідношення щелеп розташовуються на оклюзійних поверхнях практично всіх груп зубів (на верхівках та схилах горбиків, а також у фісурах молярів і премолярів, на оклюзійних поверхнях різців та іклів). Симетричне розташування виявлено в 42,4 % випадків (на піднебінних поверхнях центрального та бокових різців - 2,8%, на премолярах - 2,1%, на молярах - 37,5%).

Однобічне розташування контактів центрального співвідношення зустрічається частіше, ніж двобічне - 57,6 % (5,9% контактів розташовувались на іклах, 2,4% - на іклах, 18,1 % - на премолярах і 31,2% - на молярах).

Аналіз напрямної дії контактів проводили за допомогою CPI, який дозволяє оцінювати зміщення умовної термінальної шарнірної вісі обертання в 3-х площинах за напрямком та кількісними показниками і напрямки зміщення різцевої точки за ознаками змін положення різцевого упору артикулятора. Визначено різні напрямки зміщення умовної термінальної шарнірної вісі від положення контакту центрального співвідношення щелеп до положення змикання у звичній оклюзії (протрузійний, ретрузійний, латеротрузійний, медіотрузійний, суртрузійний, детрузійний).

Отримані результати показали, що розташування оклюзійних контактів і напрямки зміщення значно відрізняються від загальноприйнятої норми.

Проведені дослідження свідчать, що визначення контактів центрального співвідношення щелеп та на-

прямків зміщення нижньої щелепи може бути важливою характеристикою в плануванні обсягу ортопедичного лікування пацієнтів.

Ковзання нижньої щелепи від контакту центрального співвідношення щелеп у положення звичної оклюзії характеризується послідовним змиканням зубів, що направляються притертими фасетками стирання. Отже, цей факт бажано було би враховувати в плануванні та вибіркового пришліфовуванні зубів.

### **Зайцев Л. О., Обух В. М., Федюкович І. Є. НОВА МЕТОДИКА БЕЗПОСЕРЕДНЬОГО ПРОТЕЗУВАННЯ ЗУБІВ**

Дніпропетровська державна медична академія

В ортопедичній стоматологічній практиці зустрічаються клінічні ситуації, коли внаслідок пародонтиту середнього і тяжкого ступенів або травми доводиться видаляти від одного до кількох зубів.

Метою роботи стала розробка нового методу безпосереднього протезування зубів, коли в план лікування входить видалення фронтальних зубів за показаннями з одночасним шинуванням рухомих опорних зубів.

У перше відвідування хворого зуби, які підлягають видаленню, свідомо не видаляємо, одержуємо відбитки еластичною масою. Відбиток коронкової частини зуба (зубів), які підлягають видаленню, що утворився в зліпковій масі, заповнюємо самотвердіючою пластмасою (композитом), колір якої має наближатися до кольору зубів пацієнта. По обидва боки від наступного дефекту зубного ряду зуби підлягають депульпації.

Підготовка каналів здійснюється за загальноприйнятою методикою.

З ортодонтичного дроту діаметром 0,8-1,0 мм (залежно від протяжності дефекту) вигинаємо каркас майбутньої шини-протеза, а в ділянці штучних зубів утворюємо петлю для їхньої фіксації. За кількістю депульпованих зубів, що входять у систему шини-протеза, набираємо на каркас необхідну кількість рухомих елементів у вигляді штифтів із взаємно перпендикулярними вушками, одне з яких пов'язане з каркасом з можливістю пересування, припасовуємо до каркаса штучний зуб (зуби) із самотвердіючої пластмаси (композиту) і фіксуємо до нього тим же матеріалом (Пат. України № 42660). Штучний зуб можна виготовити і з фотополімеру в порожнині рота. Конструкція фіксується в каналах зубів за рахунок зігнутих кінців каркаса і рухомих опорних елементів на нетвердіючий матеріал. Принаймні один із кінців каркаса має бути зігнутий по осі крайнього, як правило, найбільш стійкого зуба.

Безпосередній протез є шиною-протезом, він надійний, естетичний, не порушує фонацію, коректується тільки в момент фіксації і надалі не потребує корекції до заміни його на постійний. Термін звикання пацієнта до протеза майже відсутній.